

İzole Anterior Descending Koroner Arter Anevrizması ve Cerrahi Tedavisi

ISOLATED CORONARY ARTERY ANEURYSM

Dr. Azmi ÖZLER, Dr. Akgün SAYMAN, Dr. Fuat BİLGEN,
Dr. Sevim CANİK, Dr. Özge SEZERMAN

İstanbul Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Merkezi, İSTANBUL

ÖZET

Fistül olmaksızın koroner arterlerin izole anevrizmaları oldukça nadirdir. Bildirilen olguların çoğu otopside saptanmıştır. Bu yazıda sol anterior descending koroner arterinin proximal kısmında anevrizması olan asenptomatik 40 yaşında bir olgu sunulmuştur. Koroner angiografisi fistül veya şant olmaksızın lokalize fusiform anevrizmayı göstermiş, anevrizma eksizyonu ile birlikte safen ven grefti ile gerekli tam iryapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter anevrizması. Cerrahi tedavi

T Klin Kardiyoloji, 1991,4:149-151

İzole sol anterior descending koroner arter anevrizması oldukça nadirdir. Koroner arterler anevrizması ilk kez Morgagni (1761) ve Bourgon (1812) tarafından tanımlanmıştır. Tanımlanan ilk olgular postmortemdir. Koroner anjiyografi tekniğinin uygulanmağa başlamasıyla Munker ve arkadaşları 1958 yılında koroner arterlerin konjenital anevrizması olan ilk olguyu yayımlamışlardır.

VAKA TAKDİMİ

40 yaşında erkek hasta, prekordial bölge ve sol kola yayılım gösteren ağrı yakınmaları mevcut. Hastanın öyküsünde dört yıldır zaman zaman ateş

Geliş Tarihi: 30.3.1990

Kabul Tarihi: 8.5.1990

Yazışma Adresi: Dr. Azmi ÖZLER, UR
İstanbul Göğüs Kalp Damar Cerrahisi
Merkezi, İSTANBUL

SUMMARY

Isolated aneurysm of the coronary arteries without fistulas are rare, most of the reported cases having been diagnosed at autopsy. The case of an asymptomatic 40 year old man with an aneurysm in the proximal portion of the left anterior descending is presented in this paper. His coronary angiograms demonstrated a localized fusiform aneurysm without shunt or fistula. After excision of the aneurysm, continuity of the artery was reestablished with a free saphenous vein graft.

Key Words: Coronary artery aneurysm. Surgical treatment

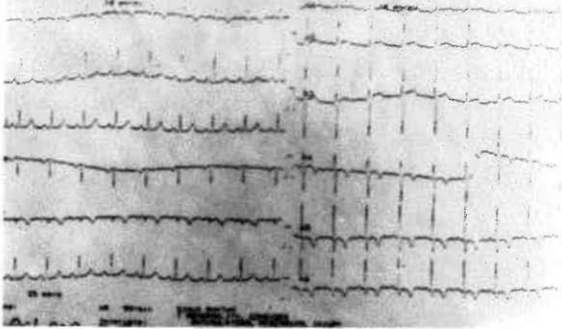
Turk.J Cardiol, 1991,4:149-151

yükselmeleri yakınmaları olmaktadır, bir ay önce bulantı, kusma ve ateş nedeniyle doktora başvurmuş kolesistit tanısıyla tedavi edilmiş, yakınmaları geçmiş, onbeş gün sonra hastanın ateşinin tekrar yükselmesi sonucu çekilen akciğer grafisinde kalbin sol kenarında opasite saptanması (Şekil 1) üzerine hastanemize sevk edilen hasta tetkik ve tedavi için yatırıldı. Özgeçmişinde Sigara 1 paket/gün/15 yıl, hipertansiyon (-), diabetes mellitus (-), familial hiperlipidemi (-), şişmanlık (-), travma (-) EKG tetkikinde anterolateral iskemi bulguları (Şekil 2). Yapılan ekokardiyografik tetkikte kalbin üzerinde kille görünümü mevcutlu (Şekil 3). Hastanın yapılan koroner anjiyografisinde sol anterior descending arterin proximal kısmında fusiform anevrizma saptandı (Şekil 4). Hasta ameliyata alınarak anevrizma açıldı, pıhtılar temizlendi, ayrıca kalbin üzerinde yer yer pürülan mayi içeren poşlar

mevcuttu. Safen ven bypassı yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Hastanın bir ay sonra yapılan kontrol anjiogramında anevrizmanın olmadığı ve safen bypassın çalıştığı gözlemlendi (Şekil 5).



Sekil 1. Hastanın Telegrafısı



Sekil 2. Hastanın EKG'si

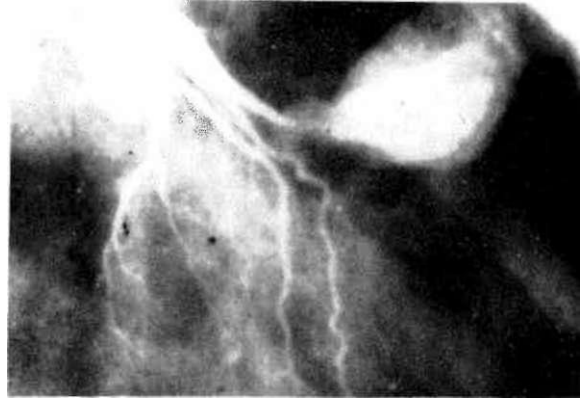


Sekil 3. Hastanın LCHOs'u

TARTIŞMA

Koroner arter anevrizmaları oldukça nadirdir. İlk kez 1761 yılında Morgagni ve 1812 yılında Bougon tarafından bildirilmiştir. Rutin koroner anjiyografi uygulamasından önce koroner arter anevrizması tanısı sadece postmortem olarak konulmaktaydı. Doud ve arkadaşları 1963 yılında 694 otopsi olgusunda saptadıkları 10 koroner arter anevrizmasını bildirmişlerdir (1).

Selektif koroner anjiyografi uygulanmaya başlandıktan sonra Olivers ve arkadaşları yapılan 1500 koroner anjiyografi olgusunda 5 (%0.3) (2), Swayne ve arkadaşları 20087 koroner anjiyografi olgusunda 908 (%4.9) koroner arter anevrizması olgusu saptamışlardır (3). Bu olgulardaki anevrizma kriteri



Sekil 4. Hastanın Koroner Anjiosu



Sekil 5. Hastanın Post-op Anjiosu

normal damar çapının 1.5 kalından daha fazla bir genişlemeyi içermektedir.

1987 yılı başlarında Bricker ve Ritman yapılan 4000'den fazla koroner bypass operasyonunda yalnızca 6 olgunun orijinal damar çapının 3 kat fazla genişlikle olduğunu yayınlamışlardır (4).

Koroner arter anevrizmaları etiyolojik sınıflandırma yönünden çeşitlidir. En sıklıkla kullanılan sınıflandırma yöntemi Kalke ve Edvvars sınıflamasıdır (5). Buna göre A. Lokalize 1. Konjenital, 2. Akkiz a) Primer b) Sekonder c) Travmalik d) Tumoral c) A-V fistül B. Dissekan a) Primer b) Sekonder C. Diffuse. Son zamanlarda familial hiperkolesterolemi olgularında anevrizma! koroner arter insidansı oldukça yüksek bulunmuştur (%10) (6). Konjenital orijin ensik ikinci etiyolojik nedendir. Bundan başka Syp, PAN, Ehlers-Danlos, Marfan, Kawasaki ve travmalik nedenlerden dolayı da koroner arter anevrizması oluşabilir (7).

Ekokardiografik tetkik koroner arter anevrizması tanısında yardımcı olabilir. İki boyutlu eko ile proximal koroner arterlerin incelenmesi ilk kez 1975 yılında Weyman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8). Sol ana koroner arter anevrizması iki boyutlu eko ile Vered ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir (9).

Bazı olgularda standart parasternal short axis ve apical iki boyutlu ile görüntü yeterli olmazsa transezofajial eko incelemesi yapılabilmektedir. İlk kez 1989 yılında bu yolla ilk olgu Poul A. Tumck ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (10).

Konjenital koroner arter anevrizmaları sıklıkla fistül ile birliktedir, buna karşın yayın taramalarında fistülsüz koroner arter anevrizması olgularında rastlamaktayız (11).

İzole koroner arter anevrizmasının cerrahi tedavisi olarak ilk olgu bildiriminden bugüne dek 530 olgu yayınlanmıştır. Koroner arter anevrizmasına ilk kez Dubost ve arkadaşları tarafından cerrahi girişimde bulunmuş, anevrizmatik kısmın rezeksiyonu ile birlikte ucucu ven grefli anastomozu uygulamışlardır (12). Yaklaşık bir yıl sonra Ebert ve arkadaşları koroner arter anevrizması rezeksiyonu ve safen ven greft ile bypass olgusu yayınlamışlardır (13). Bazı cerrahlar ise koroner arter anevriz-

masında anevrizma rezeksiyonu yapmadan aortokoroner bypass yapmışlar fakat bu teknik distal embolizm ve tromboz yönünden tutulmamıştır.

İzole koroner arter anevrizmaları çeşitli nedenlerden olmasına karşın bizim olgumuzda, aterosklerotik bulguların olmaması, serolojik testlerin negatifliği, geçirilmiş kolesistit ve ateşli hastalık sonucu yakınmaların başlaması nedeniyle biz bu anevrizmayı septik emboliye bağlamaktayız.

KAYNAKLAR

1. Daoud A, l'ankın D, Tulgan II and Florctin R: Aneurysm of the coronary arteries: Report of 10 cases and review of literature. *Am J Cardiol.* 1963. 11:228-37.
2. Olivers R, Talsetti II, Carroll R, İlcinle R and Ryan G: Atherosclerotic coronary artery aneurysm. *Arch Intern Med,* 1974,134:1072-6.
3. Swaync PS, Eisher ID, Liivin P, Avignola P: Aneurysmal coronary artery disease. *Circulation.* 1984,67:134-8.
4. Bricker DI. and Ritmann DV: Arteriosclerotic aneurysm of the coronary arterioles: Surgical treatment. *Texas Heart Institute J,* 1987, 14-23.
5. Kalke B, Ldwars ,II: localized aneurysm of the coronary arteries. *Angiology.* 1968. 19:460-70.
6. Genda A, Nakayama A, Shimizu M, Nunodast A: Coronary angiographic characteristics in Japanese patients with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Atherosclerosis.* 1987. 66:20-36.
7. Robinson I'C: Aneurysm of the coronary artery. *Am Heart J.* 1985,109:129-35.
8. Weymann All, I-igenbaum II, Dillon JC: Noninvasive visualization of the left main coronary artery by cross-sectional echocardiography. *Circulation,* 1976,54:169-74.
9. Vered '., Katz M, Rath S, I larzahav Y, Batter A, Benjamin P: Two dimensional echocardiography analysis of proximal left main coronary artery in humans. *Am Heart J,* 1986, 112:972-7,
10. Tunick PA, Slater.I: *Am Heart J,* 1988, 114:176-9.
11. Frithz G, Cullhed I, Björk I: Congenital localized coronary artery aneurysm without fistula. Report of a preoperatively diagnosed case. *Am Heart J,* 1968, 76:674-9.
12. Dubost C, Kaufman II, Guilmet D, Cachera JP: Resection et reparation par greffe saphene d unc aneurysme dc 1 artere coronaire droite. *Ann ChirThor Card.* 1970, 9:39-43.
13. Lbert PA, Peter RII, Gunnels JC, Sabision DC: Resecting and grafting of coronary artery aneurysm. *Circulation,* 1971,43:593-8.